

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N^o 310

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean LEMOINE

Né le 9 Janvier 1911, à REIMS (Marne)

Des Abscesses Pelviens Tardifs
après l'Appendicectomie

Président : M. PROUST Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean LEMOINE

Né le 9 Janvier 1911, à REIMS (Marne)

Des Abscès Pelviens Tardifs
après l'Appendicectomie

Président : M. PROUST Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

I. — Professeurs

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie médicale et générale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Professeurs sans chaire	

MM.

ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
DESGREZ.
Robert DEBRÉ.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
CHEVASSU.
ROUSSY.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
LOEPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.
LAVASTINE
FIESSINGER.
Maur. VILLARET
BEZANÇON.
CARNOT.
CLERC.
Marcel LABBE.
LEREBoullet
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
MARION.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
PROUST.
OMBREDANNE
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
SERGEANT.
N...
MATHIEU.
HOVELACQUE.
MOCQUOT
MULON.
OLIVIER.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.

BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale

MM.

GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri...	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE....	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.	
ALAJOUANINE .		
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
HARVIER		
LIAN		
VALLERY-RADOT		
(Pasteur).		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER	} Clinique obstétricale.	
ECALLE.....		
GUENIOT		
LE LORIER.....		
LEVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AU DOCTEUR O. CHEVILLION
Ancien interne p^{re} des Hôpitaux de Paris

AU DOCTEUR P. MALDAN
Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine de Reims

MES ARRIÈRE GRAND-PÈRES

AU DOCTEUR VICTOR LEMOINE
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Professeur honoraire à l'Ecole de Médecine de Reims
Médecin honoraire des Hôpitaux
Docteur ès-science
Vice-Président de la Société Géologique de France

MON GRAND-PÈRE

A M. LÉON LEMOINE
Docteur en Droit

MON PÈRE

IN MEMORIAM

A MA GRAND-MÈRE, A MA MÈRE

En témoignage d'affection filiale.

A MON ONCLE, LE DOCTEUR H. SAINT-AUBIN

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. PROUST
Chirurgien de l'Hôpital Broca

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la Présidence
de notre thèse. Qu'il veuille bien
trouver ici l'expression de nos très
respectueux remerciements.

AU DOCTEUR HENRI LARDENNOIS
*Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux de Reims*

Qui nous a inspiré le sujet de
notre travail, nous nous permet-
tons de lui adresser tous nos re-
merciements pour la bienveillance
qu'il nous a témoignée.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE REIMS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

DES ABCÈS PELVIENS TARDIFS APRÈS L'APPENDICECTOMIE

PREFACE

Les abcès pelviens sont connus depuis longtemps et ont été maintes fois décrits. Il me semble inutile d'en reprendre ici l'étude détaillée.

Nous voulons seulement dans cette thèse attirer l'attention sur une complication redoutable de l'appendicectomie à chaud : l'abcès pelvien tardif, complication à laquelle on ne songe peut-être pas suffisamment. En faire le diagnostic est cependant d'un intérêt primordial pour la bonne marche des suites opératoires et même pour la vie du malade.

Notre attention a été attirée sur ce sujet par notre maître, le Professeur Henri LARDENNOIS, de Reims. Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre profonde gratitude pour les conseils qu'il nous a prodigués.

Nous avons pu recueillir tant dans son service hospitalier, que dans sa clientèle personnelle, un certain nombre d'observations inédites qui, jointes aux observations déjà publiées que nous avons dépouillées, dans divers travaux sur l'appendicite, nous ont permis de mettre au point ce travail.

Il serait imprudent, après avoir opéré à chaud un malade atteint d'appendicite aiguë, de s'endormir dans une sécurité trompeuse : plusieurs complications

guettent l'opéré, il faut savoir les diagnostiquer et même chercher à les prévenir.

Nous n'insisterons pas sur les appendicites avec péritonite généralisée, non plus que sur les complications primitives si redoutables de la toxémie, de la septicémie ou de la pyohémie d'origine appendiculaire.

Nous n'avons pas besoin de rappeler non plus le danger des infections pleuropulmonaires ou rénales.

Notre but est d'étudier l'abcès pelvien tardif, post-opératoire et ses complications habituelles, les accidents d'occlusion paralytique, la septicémie, la péritonite généralisée secondaire.

Ces abcès pelviens tardifs sont plus fréquents qu'on ne le pense. Il faut toujours y songer, savoir les reconnaître, les traiter et les drainer par l'incision rectale.

HISTORIQUE

Jusqu'à ces dernières années, les auteurs semblent s'être désintéressés de la question des abcès pelviens consécutifs à l'appendicectomie. Ils se sont attachés de préférence à l'étude de ces abcès évoluant au cours de l'appendicite, avant l'intervention, et principalement de l'appendicite pelvienne. Sur ce sujet, les travaux sont nombreux et anciens puisqu'il faut remonter jusqu'en 1825 pour voir MENIÈRE le premier, publier une observation d'abcès pelvien d'origine appendiculaire.

En 1890, RECLUS et RICHELET s'en occupent également ; à la même époque l'école américaine avec GERSTER préconisent déjà l'incision rectale comme traitement.

En 1895, ROUTIER insiste sur l'importance primordiale du toucher rectal pour le diagnostic.

Citons les travaux de ESNAULT et DORMOY (1897), Mlle GORDON (1896), CHEVALIER (1900), MAGNIEZ (1903), SÉNÉCHAL (1908), BÉRARD et PATEL, DELANGLADE, Victor PAUCHET, TIXIER et GAUTHIER, VAUTRIN, LAPOINTE, BREYNAERT, de Dunkerque, CHAPUT, DUCHAMP, LAGOUTTE, MONOD, QUÉNU, REYNIER ; à l'Etranger : HARRIS, ARCHIBALD, RITTER, KOCK, PORT, LANGEMACK, etc...

Les discussions à la Société de Chirurgie des 30 mai 1900, 10 et 17 janvier 1906, 17 avril, 1^{er}, 15 et 22 mai 1907, méritent d'être citées. Elles sont ouvertes sur les traitements proposés.

Diverses théories s'affrontent : Lucien PIQUÉ, SCIEUR, sont pour la voie haute.

DELANGLADE, MAUCLAIRE préconisent la voie prérectale, trouvant aventureux d'inciser un viscère.

ROUTIER, REYNIER, CHAPUT, TOUBERT, ANTONIN PONCET, WALTHER, GUINARD, au contraire, sont partisans de la voie rectale.

La voie mixte a également ses adeptes : abdomino-périneale pour MAUCLAIRE et PICQUÉ ; abdomino-rectale pour PAUCHET. BROCA et LE DENTU sont éclectiques, ils emploient suivant le cas l'une ou l'autre méthode.

En tous cas, tout le monde est d'accord pour rejeter la voie parasacrée autrefois préconisée par JABOULAY.

Mais dans tous ces travaux, on ne voit que de brèves allusions sur les abcès secondaires après appendicectomie. Parfois même ils sont laissés complètement sous silence.

C'est seulement en 1906, que la question est traitée à fond pour la première fois : GREY TURNER, dans « the Practitioner » y consacre un article important. Depuis nous citerons les thèses de JAY (Paris 1920), VIGNES (Bordeaux, 1932), le travail de SOUPAULT et SEILLÉ (*Revue de Chirurgie* 1930), sur l'appendicite pelvienne ; la communication du professeur JEANNERET à la Société de Chirurgie de Bordeaux, en 1933, et la discussion qu'elle entraîna.

On trouvera également quelques documents dans le livre de BÉRARD sur l'appendicite, dans les mémoires de BÉRARD et PATEL, de HEINEKE de Chicago, dans le rapport de d'ALLAINE, au Congrès des Médecins de langue française d'Amérique du Nord, en 1932.

Enfin le docteur HUET dans sa remarquable communication à la Société de Chirurgie, du 13 septem-

bre 1933, expose que sur douze cas d'occlusion après appendicectomie, il reconnut dans quatre observations l'existence d'un abcès pelvien. Dans ces quatre observations l'incision transrectale de l'abcès et son drainage suffirent pour mettre fin à tous les accidents.

ETIOLOGIE

« Le pourcentage des abcès résiduels pelviens est peut-être plus élevé que celui indiqué par les auteurs », dit le professeur JEANNENEY, de Bordeaux.

D'après TURNER, dans une statistique portant sur cinq cents cas environ d'appendicites aiguës opérées, il relève un pourcentage de plus de 2 %. SIERRO, de Genève arrive approximativement au même chiffre.

Cette complication paraît plus fréquente chez l'enfant ou l'adolescent que chez l'adulte. D'après nos observations, le sexe ne paraît pas influencer sur son apparition.

Il convient de distinguer, au point de vue étiologie, les abcès résiduels et les abcès secondaires. Les abcès résiduels proprement dit, évoluent chez un opéré présentant au moment de l'appendicectomie du pus ou du liquide plus ou moins septique dans son péritoine.

Les abcès secondaires, signalés par LAFARGUE, sont dûs, entre autres causes, à une lymphangite sous séreuse ou à un hématome, qui s'est accumulé au point déclive et qui s'est infecté secondairement. Les premiers sont plus fréquents que les autres. Plusieurs facteurs contribuent à leur formation :

Il est remarquable que, plus l'appendicectomie est tardive, plus il y a de chances de voir évoluer un abcès pelvien résiduel.

Dans nos observations, l'opération a été faite, toujours après le délai classique des 48 heures.

Dans la plupart des cas c'était un appendice en position pelvienne ou rétrocoecale.

C'est dans les cas d'appendicite suppurée que l'on verra le plus souvent cette complication (exemples tirés des observations).

Souvent on aura constaté dans le péritoine un exsudat séreux paraissant aseptique, que l'on aura épongé avant de refermer la paroi. Or cet exsudat insuffisamment épongé et drainé, aura tendance, en raison de la position assise que l'on donne volontiers aux opérés, à se collecter dans le Douglas. Là il subit une transformation purulente.

Enfin la cause étiologique la plus importante de ces abcès secondaires, réside dans une faute de drainage : absence, insuffisance, ou suppression trop précoce.

Nous y reviendrons longuement dans le chapitre du traitement préventif.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le bassin, le cul-de-sac de Douglas est le bas-fond, la sentine, la fosse à décantation, où tombent et s'accumulent habituellement par l'effet de la pesanteur, la sérosité, le sang et le pus.

A la suite de la réaction du péritoine pelvien ou pelvipéritonite, un cloisonnement irrégulier s'opère par l'accolement des anses intestinales agglutinées, et aussi de la partie inférieure de l'épiploon œdématisé, infiltré, épaissi en gâteau.

Sous une sorte de couvercle que le chirurgien doit parfois prudemment dissocier, après avoir soigneusement protégé la grande cavité abdominale, par des champs imbibés de sérum chaud, on trouve une cavité irrégulière, anfractueuse, plus étendue dans le sens transversal, limitée en arrière par le rectum, en avant soit par l'utérus, soit par la vessie.

Les dimensions sont variables, du volume d'une orange ou d'une tête de nouveau-né.

Quelquefois on arrive à sentir la partie supérieure de la collection au-dessus du pubis, par la palpation bimanuelle.

Le contenu purulent, varie en quantité, d'un demi-verre à près d'un litre. Le pus est souvent épais, verdâtre ; il contient parfois des gaz. Sa caractéristique est son odeur infecte, fécaloïde signalée par tous les auteurs.

Quand l'analyse bactériologique a été pratiquée, on y a découvert chaque fois du coli-bacille.

Le dôme de l'abcès est en rapport avec l'épiploon épaissi, enflammé et des anses intestinales agglutinées. La face postéro-inférieure répond à la face antérieure du rectum : rapport capital, puisque là se trouve le point déclive, le fond de l'abcès, et que c'est par le rectum que se fera le plus souvent l'ouverture spontanée ou provoquée de la collection.

Il y a souvent une coulée qui remonte plus ou moins haut vers la fosse iliaque droite, puisque c'est là l'origine première de l'affection.

D'après l'anatomie pathologique, on peut prévoir que l'abcès pelvien donnera lieu à des symptômes d'entérite et d'occlusion, puis à des troubles vésicaux, et enfin à une rectite avec ténésme et œdème de l'anus.

Variétés de l'abcès pelvien post-appendiculaire

1° Quelquefois c'est seulement la région inférieure d'une péritonite secondaire généralisée.

2° Dans d'autres cas, c'est une des localisations multiples de l'infection. Il n'y a pas seulement un foyer pelvien, il y a d'autres foyers concomittants, foyers iliaques ou mésocoeliaques.

3° On trouvera parfois une collection iliopelvienne, c'est-à-dire à la fois iliaque et pelvienne.

4° Le plus souvent, c'est un abcès uniquement pelvien.

DESCRIPTION CLINIQUE

En colligeant les différentes observations on retrouve à peu près le même tableau clinique.

Il s'agit le plus souvent d'un enfant. C'est une appendicite sévère avec des symptômes assez accusés, et qui n'a été opérée qu'après deux ou trois jours, et plus. Parfois c'est une rechute qui a déterminé une nouvelle crise inquiétante, après une première atteinte moins sérieuse.

L'intervention a été laborieuse. On a enlevé un appendice gangrené, perforé. On a constaté la présence d'un abcès ; d'une petite collection péri-appendiculaire. Quelquefois il s'agissait d'un appendice retrocecal recurrent replié derrière le coecum, comme la lame d'un couteau de poche. Il a fallu le disséquer et le décoller péniblement.

Dans d'autres cas, c'est un appendice long, dont l'extrémité était fixée profondément dans le bassin, et qu'il a fallu énucléer, petit à petit. Les circonstances étaient telles qu'un drainage a été jugé indispensable : drainage par drain, par mèches, ou par Mikulicz. Après l'intervention et dans les premiers jours, une grosse amélioration s'est manifestée. Les vomissements ont cessés, le faciès s'est modifié, on a obtenu l'évacuation des gaz et de quelques matières. La température s'abaisse et le nombre des pulsations se rapproche jour par jour de la normale. Il y a eu vraiment une accalmie indiscutable, la bataille paraît gagnée définitivement et l'espoir renaît dans le cœur de tous. Il y a donc toujours une trêve, un « frei interval » de quelques jours.

Localement, le drainage, qui a donné beaucoup les premiers jours, se tarit. On a remplacé ou même supprimé le tube de caoutchouc ou bien le drainage capillaire, mais la suppuration cesse brutalement, la plaie est sèche, avec un aspect blanc grisâtre, de fâcheux augure.

Après un temps variable, que TURNER évalue à onze jours, mais qui peut osciller entre cinq et dix-huit jours, l'opéré commence à donner des inquiétudes à son entourage. L'état général jusqu'alors plus satisfaisant, s'altère à nouveau; le faciès prend une allure péritonéale (signe inconstant). L'enfant souffre et commence à gémir, à se plaindre tout haut. La température subit une ascension régulière, le pouls suit une courbe parallèle. Apparaissent de nouveau des coliques et des vomissements. Après quelques jours, où la température reste en plateau aux environs de 38°5, 39°, on la voit dessiner des oscillations révélatrices d'une suppuration, tandis que le pouls se ralentit, réalisant une dissociation qui incite le chirurgien à intervenir d'urgence. Les gaz s'évacuent avec difficulté; ils sont douloureux; les symptômes d'occlusion intestinale s'installent peu à peu. A la confiance et à la joie, font place l'inquiétude et l'angoisse de cette nouvelle offensive de la maladie.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

Les signes fonctionnels, si on pense à les rechercher, vont orienter le diagnostic. Au début on observe des signes de constipation opiniâtre et d'occlusion, ballonnement de l'abdomen avec ondes péristaltiques se dessinant sous la paroi. Il y a des coliques douloureuses qui arrachent des plaintes au malade. Souvent

les symptômes vésicaux sont également précoces. Il y a de la dysurie, de la pollakiurie, alors que les urines ne sont pas purulentes.

Ce sont des troubles vésicaux et mictionnels sans cystite. Par deux fois, le Professeur Henri LARDENNOIS a constaté la rétention d'urine. Parfois il y a érection douloureuse de la verge. Les symptômes rectaux sont plus tardifs : il y a du ténesme, les évacuations gazeuses ou alvines sont douloureuses. Il y a des épreintes, de vaines tentatives d'évacuation, parfois émission de liquides glaireux et de mucosités. Les lavements ne peuvent pénétrer et refluent au dehors. Il existe en effet une compression, un refoulement du rectum par l'abcès du Douglas. De plus, il y a par contiguïté propagation de l'inflammation aux tuniques rectales et rectite œdémateuse.

SYMPTOMES LOCAUX

L'ensemble de ces signes fonctionnels doit inciter le chirurgien à explorer le petit bassin et le rectum. Son geste doit être automatique et réflexe. Il doit s'imposer nécessairement. L'anus est souvent gonflé, éversé, ourlé d'une muqueuse œdématisée, un peu entr'ouvert, souillé par des mucosités sanguinolentes. Chez la femme on peut explorer le Douglas par le toucher vaginal, mais l'abcès pelvien s'observe plus souvent chez l'enfant. C'est donc le toucher rectal et la palpation bi-manuelle associés qu'il faut utiliser habituellement.

Toucher rectal. — La vessie ayant été vidée, le siège du malade est soulevé sur un coussin. L'index droit entre facilement dans l'anus déjà entr'ouvert. La paume de la main gauche placée au-dessus du pubis re-

foule vers lui le contenu du bassin. Il est logique de mettre le malade en position assise ou demi-assise, afin d'amener toute la collection au fond du Douglas. L'index après le sphincter, sent une dépression, puis la prostate et au-dessus de la prostate une tuméfaction chaude et douloureuse plus ou moins nette.

Quand l'abcès est collecté, la sensation est pathognomonique. Il n'y a pas à s'y tromper. L'ampoule rectale a disparu. Sur la paroi antérieure du rectum bombe une masse molasse gélatineuse. C'est un véritable « pis de vache », avec sa consistance particulière. Ce pis de vache, on peut en explorer ses contours, tout au moins les bords inférieurs et les bords latéraux. Le rectum est souvent si aplati qu'on ne peut plus retrouver sa lumière au-dessus de la masse qui le comprime d'avant en arrière. Quand la collection est importante, on peut la sentir et la maintenir entre l'index intra-rectal et la main gauche placée à l'hypogastre.

Parfois d'ailleurs on note de la matité dans la région sus-pubienne, matité qui contraste avec le tympanisme du reste de l'abdomen. Le diagnostic est fait, une incision immédiate s'impose.

Si chez la femme on pratiquait le toucher vaginal, on trouverait un utérus immobilisé, le col reporté en avant, repoussé par une collection remplissant le cul-de-sac postérieur du vagin. D'après le docteur Henri LARDENNOIS, même chez la femme il vaut mieux explorer et inciser l'abcès pelvien post-appendiculaire par le rectum.

La poche est plus près du rectum, l'incision semble plus déclive et devant mieux drainer.

EXAMENS CYTOLOGIQUES

Différents auteurs ajoutent à l'examen clinique les recherches de laboratoire, et en particulier l'étude de la leucocytose et de la proportion relative des polynucléaires dans le sang. Ces données peuvent en effet fournir des indications sur l'évolution du foyer suppuré.

Quand la leucocytose et la polynucléose augmentent à nouveau dans les suites opératoires de l'appendicectomie, il faut craindre l'apparition d'un abcès, mais ne pas perdre de vue que ces examens n'ont qu'une valeur relative. On doit les considérer uniquement comme un symptôme associé qui n'a toute sa signification que lorsqu'il concorde avec les données cliniques.

Ainsi dans l'observation n° 12, l'examen du sang qui décèle la présence de 26.400 globules blancs et de 82 % de polynucléaires, chez un malade apyrétique, qui présentait des signes d'occlusion et une masse au devant du rectum, décida le chirurgien à pratiquer la rectotomie malgré l'absence de température.

En somme, l'augmentation du nombre des globules blancs, et la proportion plus élevée des polynucléaires constituent une indication d'un abcès collecté, qu'il faut rechercher et trouver.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

La pelvipéritonite une fois constituée pourra se terminer par résolution, évolution tout à fait exceptionnelle, sur laquelle il serait imprudent de compter. La température après être restée quelques jours en plateau descendra régulièrement. Au toucher rectal, la tumeur se localisera puis diminuera de volume. L'état général s'améliorera régulièrement mais lentement.

Le plus souvent, l'organisme déjà surmené et affaibli ne pourra faire les frais de cette résolution. La suppuration étant établie et la collection étant formée, si le chirurgien n'intervient pas, une heureuse chance pourra favoriser une évacuation spontanée dans un viscère voisin. S'il n'y a pas d'évacuation spontanée ou opératoire, il faut redouter l'extension à toute la grande cavité péritonéale, ou bien la mort par occlusion, par toxémie ou encore par septicémie.

Plusieurs types d'ouvertures spontanées sont à étudier. Leur pronostic est bien différent suivant les cas. Si les adhérences ne constituent pas une barrière suffisante, l'abcès pourra s'ouvrir dans la grande cavité péritonéale. Cette complication souvent mortelle, est heureusement très rare ; nous n'en relevons pas un seul cas dans nos observations.

Signalons que SANTY attribue cette funeste évolution à une autre cause : « Il semble dit-il, que le drainage rectal de certains de ces abcès qui occupent

tout le bassin et remontent parfois au-dessus de la vessie, permette un affaissement brusque du plafond de la poche purulente, constitué par les anses et de l'épiploon, et que cet effondrement, en disloquant les adhérences protectrices, permette la brusque inoculation du grand péritoine ».

L'ouverture à la peau est exceptionnelle. Nous verrons cependant que, dans trois de nos observations, l'évacuation se fit par l'ancienne plaie opératoire, que l'on vit s'œdématiser et rougir, et qu'il suffit de le débrider avec une sonde cannelée pour permettre au pus de s'écouler.

Le plus souvent l'ouverture spontanée de ces abcès se fait dans les viscères avoisinants : rectum, vagin, vessie, intestin.

L'ouverture dans le rectum est la plus heureuse et aussi la plus fréquente.

Après une recrudescence des signes fonctionnels, le malade ressent brusquement une grande douleur rectale, avec impérieuse envie d'aller à la garde-robe, parfois à la suite d'une quinte de toux ou d'un effort. Il se produit alors une débâcle abondante de pus atrocement fétide, strié de sang. Les jours suivants, l'état général s'améliore, la température et le pouls baissent, du pus s'écoule par l'anus, mêlé de glaires et de sang. C'est la conséquence de la rectite provoquée par le contact permanent du liquide septique avec la muqueuse enflammée. L'infection évolue le plus souvent vers la guérison.

On est cependant parfois obligé d'intervenir pour agrandir la plaie rectale et améliorer le drainage. Rarement l'ouverture rectale est insidieuse : elle se caractérise alors seulement par une diminution lente des signes fonctionnels et par la fétidité des selles que l'on trouve mêlées de pus.

Chez la femme, l'ouverture des abcès enkystés du Douglas, se fera parfois dans le vagin. Cette éventualité est plus rare que la précédente, en raison de la plus grande épaisseur de la paroi vaginale et du fait que le point le plus déclive de l'abcès ne se trouve pas au niveau de cette paroi, mais bien à la face antérieure du rectum.

En ce cas, la guérison spontanée est moins fréquente. Si on ne complète pas le drainage, il peut y avoir une série de rechutes, un état septico-pyohémique, avec abcès métastatiques qui fatiguera beaucoup le malade déjà affaibli, et entraînera la cachexie et la mort dans le marasme.

Plus rare encore est l'ouverture dans la vessie. La guérison spontanée ne s'observe alors que dans le quart des cas, d'après CAILLET. Dans les autres cas, il se produit une fistulisation du trajet avec toutes ses complications infectieuses ascendantes, et calculeuses.

Cette complication se révèle par une douleur aiguë au niveau de la vessie, suivie d'une miction purulente, à odeur repoussante et accompagnée de gaz.

Exceptionnelle est l'ouverture dans une trompe, avec drainage par l'utérus et le vagin. On n'en relève que deux observations dans toute la littérature médicale (JALAGUIER et MORISON).

Je voudrais insister encore sur la co-existence de l'occlusion consécutive à l'appendicectomie et la présence d'un abcès pelvien. Ces phénomènes occlusifs peuvent être d'origine *mécanique* ou *infectieuse*.

Mécaniques, ils sont dus à la coudure des anses intestinales agglutinées autour de l'abcès pelvien, ou, (éventualité rare) à l'accollement des parois antérieures et postérieures du rectum, repoussées par un abcès très volumineux.

Infectieux, ils sont dus à la paralysie intestinale, provoquée par la toxémie. Ils peuvent céder au traitement médical : glace, lavements hypertomiques, injections d'ésérine, ou de protigmine. Sinon il faut avoir recours à l'intervention. Dans une discussion à la Société de Chirurgie, le professeur GOSSET a prôné la fistulisation du coecum ou mieux d'une anse grêle. Le professeur OCKINCZIC au contraire, recommande une laparotomie et une entéro-anastomose, en abouchant une anse distendue dans une anse aplatie.

DIAGNOSTIC

Quand on assiste, quelque temps après une appendicectomie tardive et laborieuse, à une exacerbation subite des symptômes qui deviennent plus alarmants et plus inquiétants, il faut chercher la cause de cette aggravation et passer en revue les diverses complications qui peuvent suivre l'appendicectomie.

On élimine en général assez facilement les complications cardio-vasculaires, respiratoires, hépatiques et urinaires. Et on en arrive en dernière analyse à se demander devant les signes occlusifs qui dominent souvent la scène : est-ce l'occlusion qui a été signalée ces derniers temps par différents auteurs ? Est-ce l'apparition d'un abcès pelvien ?

De l'établissement de ce diagnostic différentiel dépendra la conduite à tenir : traitement médical en cas d'occlusion dynamique, intervention chirurgicale haute en cas d'occlusion mécanique, intervention basse en cas d'abcès pelvien.

En faveur de l'occlusion primitive, notons l'apparition de coliques chez un sujet apyrétique. Coliques très douloureuses, arrachant des cris au malade. Elles s'accompagnent de difficulté, puis d'impossibilité d'éliminer les gaz et les matières, des vomissements apparaissent, qui ne tarderont pas à devenir fécaloïdes. L'abdomen se ballonne, les ondes péristaltiques exagérées sont visibles sous la paroi. Le faciès devient terreux et s'il n'y a pas intervention, le malade succombera en quelques jours.

L'abcès résiduel pelvien peut s'accompagner de ces signes occlusifs. Le professeur Henri LARDENNOIS pense d'ailleurs que, souvent, l'occlusion post-opératoire est due à un abcès méconnu ; mais ils seront toujours précédés d'une atteinte de l'état général. La température s'élève depuis plusieurs jours, le pouls augmente de fréquence, il existe une douleur sourde, une sensation de pesanteur périnéale. Des signes ajoutés contribueront à éclairer le chirurgien. Nous les avons longuement étudiés dans le chapitre de la symptomatologie : dysurie sans cystite, parfois rétention d'urine, plus tard cystite avec pollakiurie, rectite glaireuse, ténesme et épreintes.

Mais c'est le *toucher rectal* qui fera le diagnostic. Lui seul permettra d'affirmer l'existence d'un abcès du cul-de-sac de Douglas et de mettre en œuvre une thérapeutique bien simple et rapidement efficace : l'incision trans-rectale.

TRAITEMENT PREVENTIF

Comment éviter les abcès pelviens secondaires après l'appendicectomie ?

Les précautions prises, peut-on être assuré que l'on ne verra pas survenir cette complication ?

Pour étudier ce chapitre du traitement préventif, reportons-nous à l'étiologie. Nous avons vu que plus l'appendicectomie était tardive, plus on risquait de voir évoluer un abcès pelvien. L'intervention précoce dans les crises d'appendicite est donc à conseiller formellement, chaque fois que la chose est possible. Après tous nos maîtres, nous reprendrons les conclusions formulées à la Société de Chirurgie par le professeur DUVAL, en 1931, avec tant d'autorité : « Toute crise d'appendicite aiguë, quelle qu'en soit la gravité initiale apparente, doit être opérée aussi près qu'il est possible du début de la crise.

« Il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite aiguë.

« Le meilleur traitement de la crise d'appendicite aiguë est l'opération dans les vingt-quatre premières heures de la crise ».

Mais il arrive encore malheureusement que l'opération ait été trop retardée. On trouve à l'ouverture de l'abdomen un exsudat séreux péritonéal ou même du pus. Quelle conduite tenir ? Elle se résume à deux indications : toilette du péritoine, drainage.

COMMENT TRAITER LE MOIGNON APPENDICULAIRE ? Le professeur Henri LARDENNOIS s'efforce de recouvrir de péritoine le moignon appendiculaire, par un procédé qu'il emploie depuis très longtemps et qui lui est peut-être personnel. Il dissèque comme faisait RECLUS, une petite collerette séro-musculaire à la base de l'appendice et la relève soigneusement.

Après ligature et section de l'appendice réduit alors à sa tunique muqueuse, il rabat la collerette séro-musculaire. Pour fermer le haut de cette collerette, il utilise les deux chefs du catgut qui, a lié le méso-appendice. Ainsi la section muqueuse de l'appendice est recouverte d'abord d'un manchon séro-musculaire et au surplus, du moignon du méso.

FAUT-IL DRAINER ? Nous ne sommes pas de l'avis d'OMBREDANNE et de TÉMOIN, lorsqu'ils conseillent de fermer sans drainer tout appendicite, à condition que l'appendice soit enlevé (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, Paris 1920). Lorsqu'on considère la quantité parfois considérable de pus et de liquide septique qui s'écoule les premiers jours par le drain, on ne peut que se féliciter d'avoir permis à l'organisme de se débarrasser de ces déchets et de ces poisons, sans avoir eu à mobiliser des anticorps déjà épuisés par la lutte qu'ils ont eu à soutenir contre l'infection appendiculaire.

TOILETTE DU PÉRITOINE. — Pour l'effectuer, la première condition est de bien voir, de bien s'éclairer au moyen du scyalitique ou d'une lampe frontale et d'utiliser si possible, des tables à inclinaison latérale. Elle comprendra l'aspiration des liquides septiques au moyen de l'aspirateur électrique. Cette aspiration ne traumatise pas les tissus et ne nuit pas à leur vitalité.

On pourra employer aussi le tamponnement du péritoine à l'aide de compresses montées et imbibées de sérum tiède. Parfois même un nettoyage à l'éther ou, mieux, au bouillon vaccin.

FAUT-IL SYSTÉMATIQUEMENT DRAINER LE DOUGLAS ? — La question est discutée, car parfois on risquera de rompre des adhérences protectrices. En voulant aller trop loin, on obtiendra ce qu'on voulait justement éviter : l'inoculation du cul-de-sac. Donc : ne drainer le Douglas que lorsqu'on est en présence d'un cas d'appendicite aiguë déjà tardive avec appendice perforé et existence d'un exsudat suspect dans le péritoine, mais dans ce cas, il ne faut pas hésiter à glisser un drain à l'entrée du cul-de-sac. Le plus souvent, cette précaution évitera l'apparition d'une suppuration tardive.

Abordons maintenant la question si importante du drainage.

Faut-il drainer ?

Comment drainer ?

Quand faut-il supprimer le drainage ?

INDICATIONS DU DRAINAGE

Elles ont été magistralement étudiées dans le rapport de CADENAT et de PATEL, au Congrès de Chirurgie de Paris, en 1927, et reproduites dans la thèse de VIGNES : nous les résumons.

Deux notions primordiales et d'inégale importance sont à considérer :

1° L'heure de l'intervention. Quant elle a lieu dans les 48 premières heures de la crise, il semble inutile de drainer.

2° Les lésions anatomiques : c'est là la notion de beaucoup la plus importante.

a) Si l'appendice n'est pas perforé, en général, il est inutile de drainer, sauf s'il existe une grande quantité de liquide péritonéal, auquel cas il est prudent, après assèchement à l'aide de compresses montées, de laisser un drain de caoutchouc pendant quelques jours.

b) En cas d'abcès appendiculaire, il convient de drainer.

c) Quand l'appendice est perforé, il faut, avec BÉRARD et VIGNARD, distinguer trois variétés :

1° Il existe dans le péritoine un épanchement non cloisonné : employer l'aspiration et laisser un drain dans le Douglas.

2° Il existe une péritonite généralisée suppurée : aspirer le pus, laisser plusieurs drains de caoutchouc, parfois un Mikulicz.

3° Il existe une péritonite généralisée septique, un liquide louche, d'aspect bouillon sale, il n'y a pas de phagocytes, l'organisme est mal défendu : le pronostic est très sombre, laisser un vaste Mikulicz.

COMMENT DRAINER ?

Les différents modes de drainage actuellement utilisés, sont : l'emploi du drain de caoutchouc, le tamponnement à la gaze, l'association de la gaze et du caoutchouc, enfin le caoutchouc ondulé. Nous laisserons de côté la description des drains rigides en verre ou autres substances, quasi unanimement rejetés à l'heure actuelle.

Le tube de caoutchouc. — De diamètre variable, 10 mm. en moyenne, permet l'évacuation par suite de la pression positive existant dans la cavité périto-

néale. Il faut le placer à peine enfoncé dans la plaie au point déclive, en installant au besoin l'opéré dans une situation favorable : position de WALTER, en décubitus latéral droit ; position assise de FOWLER avec drainage sus-pubien. Ce drain est mis non dans le fond, mais à l'entrée du cul-de-sac de Douglas : l'écoulement du pus en sera facilité. Il est serti dans la plaie afin de la laisser béante ; on laissera ainsi une porte ouverte pour l'élimination des liquides septiques. Le tout sera recouvert d'un épais pansement absorbant fréquemment renouvelé, car les premiers jours il s'échappe une sérosité parfois abondante, au besoin on peut encore pratiquer des aspirations au moyen d'une sonde enfoncée dans la lumière du drain.

Le tamponnement à la gaze. — N'utilise plus la pression positive péritonéale. C'est un drainage capillaire à la façon des mèches de lampes à alcool. L'un des gros avantages de la mèche de gaze réside dans ses propriétés hémostatiques ; de plus, elle favorise la formation des adhérences et par là même l'isolement du foyer infecté.

Ici se pose la question si discutée du Mikulicz.

Ce tamponnement est essentiellement constitué d'un sac de gaze dans le fond duquel se trouve fixé un cordonnet de soie qui permettra de ramener petit à petit par traction, le tamponnement de la profondeur à la surface. Dans ce sac sont insinuées des mèches de gaze en nombre variable.

Ce Mikulicz classique a été modifié par les auteurs : Citons le Mikulicz gras de JEAN-LOUIS FAURE, le Mikulicz à l'huile camphrée de PÉRAIRE (modifications qui facilitent son extraction), enfin l'ingénieuse simplification du professeur LARDENNOIS qui supprime le

sac et garde seulement la fixation du cordonnet de soie au fond d'une anse de gaze à sa partie distale et interne.

« Voici des anses de gaze, dit-il, elles sont formées de morceaux de bandes de gazeline, dites à deux lières. Ainsi on ne peut redouter aucun effilochage. Au sommet de l'angle que dessine cette anse et en dedans de ce sommet, on a fixé solidement un gros fil de soie tressée. La première anse une fois mise en place, je puis au besoin entre les deux moitiés écartées, enfoncer, insinuer d'autres anses, également munies d'un fil, comme dans le Mikulicz.

« Ces anses comprennent deux ou trois épaisseurs de gaze, elles sont volumineuses, on peut en rapprocher deux ou trois à la demande. Il est possible de les disposer en bas, en haut, à droite, à gauche, d'une façon divergente, comme les tentacules d'une pieuvre, suivant la comparaison de CHALIER ».

Le drainage mixte. — Utilise l'association du drain de caoutchouc aux mèches de gaze, unissant ainsi l'action hémostatique de la gaze à l'action physique du tube de caoutchouc (drain-cigarette).

Parfois pour aider à l'aspiration capillaire du tamponnement, il est utile d'appliquer sous un gros pansement, un gâteau de cellulose ou d'ouatellose imbibé de sérum hypertonique et chaud qui détermine une osmose considérable.

Le caoutchouc ondulé. — Enfin, conseillé par DELBET, largement utilisé par Victor PAUCHET, par TOUPET rendrait pour ces chirurgiens les mêmes services que le Mikulicz et serait plus facile à décoller et à enlever.

Les auteurs ne sont pas d'accord quand au choix entre ces divers modes de drainage.

Les uns avec le docteur MONDOR ont « l'horreur du

long tube qui a, plongeant dans le Douglas, la prétention de drainer ». Ils voient dans le drain de caoutchouc un important agent d'occlusion intestinale et le remplacent le plus possible par des drainages à la gaze.

D'autres considèrent que les drainages par mèches et surtout par Mikulicz ne conviennent pas aux grandes quantités de pus, et seraient des agents favorisant par stagnation l'apparition des abcès pelviens. Sans nier l'existence des occlusions par le drain, ils trouvent cette complication fort bénigne, puisqu'il suffit pour la guérir de retirer, ou de soulever en partie, le coupable.

Pour son compte personnel, le docteur LARDENNOIS associe presque toujours le drain de caoutchouc au Mikulicz.

COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL LAISSER LE DRAINAGE

Il n'y a pas de règle mathématique ; c'est une question d'appréciation personnelle. Tout dépend de l'importance de l'écoulement. Le drain est une arme à deux tranchants. Il permet l'élimination des liquides dangereux, mais il peut aussi laisser entrer dans la plaie, les germes du milieu ambiant.

S'il n'y a plus d'écoulement, on retire le drain après 24 ou 48 heures ; la plaie se réunit par première intention, comme s'il n'y avait pas eu de drainage.

Si au contraire le liquide septique continue à s'éliminer, il convient au bout de deux ou trois jours, de remplacer le drain par un autre de calibre moindre.

Il est rare qu'on laisse un drainage plus de huit jours. Sa prolongation exagérée n'est pas sans danger : Outre qu'elle retarde inutilement la cicatrisation de la plaie opératoire, elle pourrait amener l'ulcéra-

tion des vaisseaux épigastriques ou même iliaques, avec hémorragie mortelle.

Toutes ces précautions ne doivent pas empêcher le chirurgien de surveiller les suites opératoires. Elles n'évitent pas à coup sûr l'apparition de ces abcès résiduels, et il ne faudra pas manquer de les soupçonner à la première élévation de température, aux premiers signes d'occlusion ou de dysurie, et de pratiquer le toucher rectal pour les reconnaître.

TRAITEMENT CURATIF

S'il arrive quelquefois que l'on assiste à l'ouverture spontanée dans le rectum des abcès pelviens, il serait imprudent de compter sur cette heureuse issue et une fois posé le diagnostic d'abcès collecté du cul-de-sac de Douglas, il faut intervenir chirurgicalement.

Plusieurs voies d'accès ont été préconisées. Nous ne reviendrons pas sur leur description faite dans le chapitre de l'historique.

A l'heure actuelle, la plupart des chirurgiens prônent soit la colpotomie postérieure chez la femme, soit la rectotomie.

La colpotomie, intervention séduisante au premier abord, puisqu'elle évite l'ouverture d'un viscère, nous paraît donner de moins bons résultats que la rectotomie.

Le fond de l'abcès se trouve au niveau de la paroi antérieure du rectum et non du vagin. Le drainage sera donc plus satisfaisant par l'incision rectale. D'autre part les risques que fait courir l'incision du rectum sont bien problématiques. Nous n'avons pour notre part, observé aucune complication. Si cependant le chirurgien craignait l'apparition d'une rectite consécutive à la stagnation de pus dans l'ampoule, il pourrait toujours placer dans la plaie un drain assez long, sortant par l'anus. Le pus s'écoulera par ce drain et ne baignera pas le rectum.

Technique opératoire de l'incision transrectale

C'est une intervention rapide et aisée ; une courte anesthésie au chlorure d'éthyle est le plus souvent suffisante.

Certains chirurgiens emploient la situation ventrale de DEPAGE, qui permet paraît-il, de mieux voir la tuméfaction de haut en bas. En France, le malade est placé dans la position de la taille, le siège attiré en dehors de la table ; la vessie a été préalablement vidée. Le tronc du malade est un peu surélevé pour que la paroi rectale soit bien en un point déclive et bien soulevée par la collection purulente. Les épaulières sont fixées de façon à immobiliser le patient en bonne situation.

Le siège, désinfecté à l'essence de Niaouli, est recouvert d'un champ perforé ; l'opérateur, pour être bien éclairé, porte au front une lampe cyclope.

Il est commode de commencer par une dilatation anale, le rectum devant rester ensuite largement ouvert aux évacuations.

Après la dilatation un aide abaisse la demi-circonférence inférieure de l'anus avec une petite valve de Sims, un gorgeret, ou même un abaisse-langue.

Désinfecter la muqueuse rectale si bien protégée par son mucus, est chose malaisée ; on peut employer une détersion sommaire au bouillon vaccin.

Comment inciser cet abcès qui pointe et fait saillie dans l'ampoule rectale ? Cet abcès que l'on peut voir grâce à l'éclairage de la lampe frontale ?

Si l'on hésite encore sur la présence d'une collection suppurée, on peut tenter une ponction au trocart ou à la seringue aspiratrice. Si l'on obtient du pus, il

suffit alors d'agrandir l'incision le long du trocart laissé en place comme repère.

La paroi rectale saigne peu, si l'on a soin d'inciser longitudinalement sur la partie médiane de la paroi antérieure, loin des vaisseaux nourriciers.

Certains opérateurs procèdent méthodiquement ; ils sectionnent au bistouri la muqueuse attirée entre deux pinces de Kocher, puis successivement, toute la paroi rectale, jusqu'à jaillissement du pus.

Le professeur LARDENNOIS a coutume de placer son index gauche comme repère, sur la tumeur qui bombe, et d'utiliser une paire de ciseaux longs et mousses. L'intervention se fait en deux temps. Le long de l'index gauche repère les ciseaux tenus de la main droite fendent la muqueuse, puis refermés, par une brusque pression en haut et en arrière, ils crèvent et effondrent la cavité de l'abcès. En ouvrant les ciseaux, on élargit l'ouverture par où s'écoule un pus liquide à odeur infecte, contenant souvent des flocons et des membranes. On introduit un drain à oreilles ou une sonde de Malécot, que l'on peut supprimer au quatrième jour.

Peu d'interventions aussi simples donnent des résultats aussi favorables, car le drainage est bien déclive et l'assèchement de la cavité très rapide.

L'occlusion cesse, la fièvre tombe, ainsi que tous les signes de toxémie et de septicémie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

(Inédite, communiquée par le Professeur H. LARDENNOIS)

Le dimanche 14 novembre 1926, je suis appelé par mon ami le docteur FOSSIER, auprès du jeune Albert V..., 6 ans, atteint d'une crise grave d'appendicite depuis le vendredi 12 novembre dans la soirée. L'état de l'enfant est assez inquiétant ; température 38°8, pouls 120, respiration 26. Le ventre est rétracté en bateau avec une très vive sensibilité au point de MAC BURNEY. Opération d'urgence à onze heures. On trouve un appendice très long. A deux centimètres de l'extrémité distale on aperçoit que l'appendice est renflé par un calcul. A cet endroit existe une petite fissure au centre d'une tache ecchymotique. Dès l'ouverture du péritoine on avait vu s'écouler un liquide purulent blanchâtre. Appendicectomy sans enfouissement, aspiration du liquide, je laisse un drain et trois mèches. L'enfant est couché sur le côté droit. Pansement à 16 h., à 21 h., le 14 novembre et le lendemain à 6 h. et à 9 h.

L'amélioration est rapide ; le drainage donne peu de choses ; on le supprime le lundi soir. Peut-être un peu trop tôt. Tout paraît devoir s'arranger vers la guérison, jusqu'au jeudi 18 octobre.

Le jeudi 18 octobre, l'enfant a de violentes coliques et gémit ; on essaie un lavement qui détermine de violentes douleurs. Malgré l'application de deux vessies de glace, l'ingestion de teinture de belladone, l'abdomen est

ballonné ; il n'y a pas de gaz, ni le vendredi, ni le samedi, ni le dimanche.

Le dimanche soir 21 novembre, un toucher rectal ne montre rien de bien précis, mais il y a un gaz. Dans la nuit, la sœur infirmière couche le petit en position ventrale. L'occlusion se continue. On voit se dessiner des ondes péristaltiques.

Le lundi matin 22 novembre, injection sous-cutanée de péristaltine Ciba. Le soir, un lavement de bile ramène un gaz. Il y a d'autres évacuations gazeuses la nuit.

Le mardi 23 novembre, seconde injection de péristaltine et de plus ingestion en quatre fois, de 40 centigrammes de Calomel. On obtient alors des gaz et des selles.

Les jours suivants, il y a des alternatives d'amélioration et de rechutes. Le petit malade continue à gémir et à se plaindre ; il est gêné pour uriner. On observe aussi l'érection de la verge. L'anus devient béant éversé, laissant passer des mucosités ; les lavements pénètrent difficilement. Le toucher rectal toujours douloureux ne montre pas de collection évidente dans les premiers temps.

Enfin le 30 novembre, on reconnaît nettement, sans erreur possible, une masse mollassse, comme un pis de vache, bombant dans le rectum et aplattissant la lumière. C'est un abcès pelvien.

Opération le mardi 30 novembre 1926, avec l'aide des docteurs FOSSIER et BILLARD ; le petit malade est placé en position de la taille. Désinfection rapide de l'anus, anesthésie, dilatation de l'anus.

Sur mon index gauche qui sert de guide, j'effondre le rectum avec une paire de ciseaux longs et courbes ; il s'écoule une grande quantité de pus. Je draine avec un drain à oreilles, qui est retiré le troisième jour. Dès le lendemain, l'état général est transformé ; les troubles d'occlusion cessent complètement, l'opéré peut s'alimen-

ter et reprendre des forces. Le 5 décembre on peut supprimer la garde de nuit. L'opéré quitte la clinique bien guéri le lundi 13 décembre.

OBSERVATION N° 2

(Inédite, communiquée par le Professeur H. LARDENNOIS)

Germaine F..., 14 ans, a eu une crise d'appendicite de gravité moyenne en février 1928 ; elle a paru bien guérie et a repris ses occupations. Rechute le 23 mars 1928. Avec d'emblée des symptômes inquiétants : vomissements, pouls rapide. Elle entre à la clinique LARDENNOIS le 24 mars, et elle est opérée d'urgence à 18 heures.

L'abdomen est contracté, le pouls bat 120 pulsations à la minute, la température atteint 38°2.

Opération. — En présence du Docteur CHANTELU, médecin traitant; opérateur le Docteur BILLARD ; incision de Mac Burney; il y a du pus dans l'abdomen; l'appendice peut être extériorisé aisément; il est gangrené avec une perforation comme une lentille à sa partie moyenne. Appendicectomie, enfouissement du moignon sous une collerette sous-séreuse; on laisse un drain.

Suites opératoires. — Après une période d'amélioration progressive, des symptômes d'infection se manifestent. A partir du 1^{er} avril, la température remonte : le thermomètre marque 38° le matin, et un peu plus de 39° le soir ; il y a du ballonnement et des coliques, puis de la dysurie. On pense à un abcès pelvien. Le toucher rectal révèle l'existence d'une masse mollassse bombant dans le rectum.

Le 8 avril 1928, incision trans-rectale, donnant issue à une grande quantité de pus fétide. Amélioration rapide de tous les symptômes ; l'enfant quitte la clinique guérie, le 16 avril 1928.

OBSERVATION N° 3

(Inédite, communiquée par le Professeur H. LARDENNOIS)

Van P..., 23 ans, envoyé à la clinique LARDENNOIS par le Docteur HOEL, de Ville-en-Tardenois, le 6 avril 1929 ; crise d'appendicite le mercredi 3 avril. Le vendredi 5, Van P. va mieux, mais, malheureusement, prend une purgation. Dès le soir, douleurs épouvantables et altération grave de l'état général. Faciès grippé ; langue sèche, extrémités froides, température 38°2 et pouls 110.

Entré à la clinique le 6 avril et opération d'urgence en présence du Docteur HOEL. Incision de MAC BURNEY. A l'ouverture du péritoine, liquide louche comme du bouillon sale ; il n'y a pas de défense par les polynucléaires. C'est une péritonite diffuse, ablation d'un appendice gangrené recouvert de fausses membranes blanchâtres. Pour mieux drainer, j'incise le muscle petit oblique et le muscle transverse sur toute la largeur de la plaie cutanée ; je laisse 6 mèches imbibées de sérum anti-gangréneux ; bien étalées dans toutes les directions. On s'efforce par des pansements de sérum hypertonique chaud d'aspirer les liquides septiques. Les jours suivants, légère amélioration puis rechute. Symptômes de subocclusion, puis de dysurie.

Le 16 avril, on reconnaît l'existence d'un abcès pelvien par le toucher rectal. Ouverture trans rectale de cette collection, sous anesthésie rapide au chlorure d'éthyle ; on laisse un drain en T.

Le lendemain 17 avril, on découvre une nouvelle collection suppurée sous-costale gauche qui est incisée.

Le 18 avril, une autre localisation de la pyoémie : phlegmon des bourses qui est aussi largement ouvert.

Les jours suivants, malgré tous les soins le malade s'affaiblit et décline, la fièvre continue et l'intoxication s'accroît. Mort le 25 avril 1929.

OBSERVATION N° 4

(Inédite, communiquée par le Professeur H. LARDENNOIS)

Renée L..., 14 ans, entrée d'urgence à la clinique Lardennois, le samedi 1^{er} octobre 1932, dans un état alarmant. Elle a présenté une première crise d'appendicite le 22 septembre, qui semblait terminée le quatrième jour. Il y a eu ensuite une rechute le 29 septembre; la douleur est extrêmement vive au niveau de la fosse iliaque; il y a des vomissements, malgré la diète et la glace; les traits sont tirés, le nez effilé, les yeux cernés, la langue est sèche.

Le 1^{er} octobre, le thermomètre marque 39°2; le pouls dépasse 120. Intervention immédiate en présence du Docteur VITALIS, médecin traitant. Je trouve un appendice presque entièrement sectionné à sa base et s'enfonçant dans le pelvis; il est assez difficile de pratiquer la ligature du méso infiltré et friable; je laisse une compresse en anse et armée d'une soie dans le pelvis. Dans la concavité de l'anse, je place un drain et une mèche. L'enfant est couchée sur le côté droit pour placer la plaie au point déclive et faciliter le drainage qui donne beaucoup, d'ailleurs, les deux premiers jours. Cependant, la température reste élevée et le pouls rapide. On a grand'peine à obtenir une évacuation gazeuse; il y a des coliques; l'enfant continue à souffrir et à gémir malgré les applications de glace et l'ingestion de teinture de belladone.

Le 11 octobre, après examen approfondi, on se demande s'il n'existe pas un abcès pelvien résiduel; le toucher rectal permet d'établir le diagnostic; incision transrectale, qui détermine une amélioration rapide de tous les symptômes; la petite malade sort guérie le 2 novembre.

OBSERVATION N° 5

(Inédite, communiquée par le Professeur H. LARDENNOIS)

Mme T..., de Crugny, envoyée à la clinique Lardennois par le docteur NOUVION, de Fismes, le 17 avril 1934. Douleurs abdominales depuis quelques temps; le 14 avril les douleurs augmentent progressivement. Il y a un vomissement. Le médecin est appelé la nuit; légère accalmie le 15 et le 16; recrudescence des vomissements et des coliques le 17. Ce jour-là, le thermomètre indique 39°1; le pouls est à 116.

Appendicectomie d'urgence le 17 avril 1934. On trouve un appendice rétrocœcal perforé et contenant un calcul en noyau de datte. Il y a du pus dans la loge rétrocœcale; je laisse un drain et deux mèches bien étalées dans la loge pour drainer le foyer suppuré.

Après une période d'alternatives d'amélioration et de rechutes, il survient des phénomènes de subocclusion; les lavements pénètrent difficilement; par le toucher rectal et le toucher vaginal, on reconnaît l'existence d'une collection pelvienne qui devient accessible.

Le 29 avril, colpotomie, et évacuation d'un abcès du Douglas contenant environ un verre de pus. On place un drain en T qui est gardé trois jours. La malade sort bien guérie le 19 mai 1934.

OBSERVATION N° 6

(Inédite, communiquée par le Professeur H. LARDENNOIS)

Jules L..., 16 ans, de Chigny-les-Roses, envoyé à la clinique Lardennois par le docteur MULLER, le 29 avril 1934. Appendicite avec péritonite généralisée; le début s'est manifesté dans la nuit du 27 au 28; vomissements

verdâtres, ballonnement de tout l'abdomen, pouls à 100, température 38°6. Le 29 avril, jour où j'avais incisé l'abcès de l'observation 5, opération pratiquée par le docteur Billard en présence du docteur Muller. On trouve une grande quantité de pus dans l'abdomen. L'appendice est gangrené et perforé. On laisse un drain et trois mèches. Peu à peu, on obtient une amélioration progressive de tous les symptômes et la guérison paraît proche.

Le 9 mai, aggravation subite ; la température remonte à 39°3. Il y a des signes de subocclusion : glace sur l'abdomen, entérocyse, position de Fowler. Le 13 mai, on reconnaît enfin par le rectum l'existence d'une collection pelvienne bien nette et bien accessible ; incision transrectale et effondrement de l'abcès pelvien. On laisse une grosse sonde de Petzer pendant quatre jours ; comme d'habitude, l'abcès une fois incisé, amélioration rapide de tous les symptômes. La malade sort guérie le 26 mai 1934.

OBSERVATION N° 7

(Inédite, communiquée par le Professeur H. LARDENNOIS)

René P..., 23 ans, entre à la clinique chirurgicale de l'Ecole de Médecine, le 29 mai 1934. A la fin d'une matinée où l'on avait opéré déjà trois appendicites aiguës, vers midi, on signale l'entrée d'un quatrième malade gravement atteint. La crise initiale remonte au 25 mai ; la température est à 39°, le pouls filiforme presque incomptable, les extrémités froides, visqueuses, le faciès livide, le malade sidéré par la toxémie répond mal aux questions qu'on lui pose, mais il existe une douleur vive à la moindre pression au point de Mac Burney.

L'intervention s'impose d'extrême urgence. Incision de Mac Burney. Mais il faut sectionner les muscles petit oblique et transverse.

Il y a un peu de liquide dans le péritoine ; le cœcum situé un peu bas est rouge, tomenteux, absolument adhérent aux parties profondes ; après avoir agrandi la plaie et incisé le péritoine en dehors et au-dessus du cœcum, on arrive péniblement, avec beaucoup de précautions, à soulever le fond du cœcum et l'anse iléocœcale et à les replier en haut et en dedans, tandis que des mèches protègent en bas, au milieu et en haut la cavité péritonéale.

En arrière est collé au cœcum un appendice assez court mais gonflé, œdématié, gros comme l'index ; appendicectomie sans enfouissement ; on laisse un gros drainage. Les trois compresses qui protégeaient le péritoine sont laissées en place ; on y ajoute un drain et trois autres compresses au-dessous et en dehors du cœcum.

La situation reste assez sérieuse pendant deux jours, puis elle s'améliore progressivement.

Dès le cinquième jour, on supprime le drain de caoutchouc et on raccourcit les mèches de gaze.

Le dixième jour, une seule mèche restait dans la plaie. Le 9 mai, la température qui s'était abaissée à 38° remonte à 39°, le malade souffre et a un vomissement. Il y a du ballonnement de l'abdomen. Une injection de prostigmine détermine l'évacuation de quelques gaz, mais il n'y a pas d'amélioration.

Le 11 mai, le ballonnement persiste et il s'y ajoute des troubles urinaires, de la dysurie. Le toucher rectal montre l'existence d'une tumeur en pis de vache, bombant sur la face antérieure du rectum.

Une incision transrectale après dilatation anale, détermine l'écoulement d'un verre de pus rougeâtre à odeur infecte ; on place dans la plaie rectale une sonde de Malécot, qui tombe au troisième jour et qui n'est pas remplacée. Dès le lendemain de l'incision transrectale, une amélioration notable se manifeste et se continue les jours suivants.

Le 26 mai, le malade sort guéri de l'hôpital.

OBSERVATION N° 8

(Inédite, communiquée par le Docteur Pierre HUET)

Jeune homme de 20 ans, opéré par un collègue pour appendicite gangréneuse, avec drainage à la Mikulicz.

Au sixième jour, le malade n'a rendu que quelques gaz et ressent des coliques violentes, au cours desquelles on aperçoit des mouvements péristaltiques. Il présente également de la dysurie. Le Docteur HUET, appelé en consultation, constate l'existence par le toucher rectal d'un abcès situé très haut, à bout de doigt au-dessus de la saillie de la prostate. Dans ces conditions, en raison de la situation haute de la collection, on conseille d'aller à sa recherche par la partie basse de l'incision iliaque.

Cette intervention est exécutée immédiatement. Le lendemain, le malade est allé à la selle : guérison.

OBSERVATION N° 9

(Inédite, communiquée par le Docteur Pierre HUET)

Femme atteinte d'appendicite aiguë, opérée le 24 mai 1933 ; on trouve un appendice rétrocœcal perforé ; on laisse une mèche rétrocœcale : les suites opératoires sont d'abord satisfaisantes ; le 7 juin, subocclusion qui va en s'accroissant les jours suivants ; le 9 juin, seize jours après l'appendicectomie, le toucher rectal montre un abcès du Douglas bien collecté.

L'incision transrectale amène l'écoulement d'une grande quantité de pus fétide et la guérison rapide, avec disparition des signes d'occlusion.

OBSERVATION N° 10

(Inédite, communiquée par le Docteur Pierre HUET)

M. B..., 15 ans 1/2, entré à Bichat dans le service du Docteur MONDOR pour appendicite datant de trois jours. A l'opération pratiquée le 2 septembre 1933, on trouve un appendice sphacélé et abcès du méso-appendice ; on laisse tout ouvert avec trois mèches et deux drains. Neuf jours après, apparaissent des symptômes d'occlusion intestinale. Au toucher rectal, on trouve un abcès pelvien du Douglas. Incision transrectale le 12 septembre, dix jours après l'appendicectomie ; il s'écoule une grande quantité de pus fétide. L'occlusion est levée ; guérison rapide.

OBSERVATION N° 11

(Inédite, communiquée par le Docteur Pierre HUET)

Femme de 38 ans, présentant une appendicite rétro-cœcale de douze jours environ. Hospitalisée en médecine avec le diagnostic de phlegmon périnéphrétique. Incision susiliaque postérieure de Lecène. Il s'écoule un flot de pus fétide dans lequel est évacué l'appendice spontanément amputé. On laisse un drain de caoutchouc dans la fosse lombaire. Au cinquième jour, la malade n'a pas rendu de gaz. Ballonnement léger. Pas de mouvements péristaltiques. On redoute une diffusion péritonéale de l'infection. Au septième jour, le ballonnement a augmenté. Apparition suspubienne de quelques mouvements péristaltiques. Au moment où l'on pense intervenir par l'abdomen avec le diagnostic d'occlusion, et sans avoir dans cette appendicite rétrocœcale, pensé à rechercher l'abcès pelvien, on assiste à l'évacuation spontanée par

le rectum d'une abondante collection. Cessation immédiate des signes d'occlusion. Le toucher tardivement pratiqué permet de constater le reliquat du foyer pelvien suppuré.

OBSERVATION N° 12

(Inédite, recueillie dans le service du Docteur MONDOR)

M. B..., opéré le 31 mai 1933, appendice sphacélé, perforé; drain de Goldmann dans le Douglas, les suites opératoires furent d'abord satisfaisantes. La température tomba rapidement à 37°2, mais bientôt l'état général devient déficient; les matières et les gaz s'évacuent de plus en plus difficilement; l'examen fait constater un jour, une reptation d'anses magnifique; le toucher rectal montre une masse au devant du rectum, mais comme la température est toujours à 37°2' on hésite à porter le diagnostic d'abcès.

L'examen du sang montre : globules blancs 26.400, polynucéaires 82 %. La rectotomie amène l'issue d'une quantité importante de pus fétide. Guérison.

OBSERVATION N° 13

(Inédite, recueillie dans le service du Docteur MONDOR)

Jeune homme opéré le 1^{er} mars 1934 pour appendicite; appendice sous-cœcal gangrené et perforé; on laisse un drainage à la Mikulicz; le 13 mars, signes d'occlusion intestinale avec mouvements péristaltiques, arrêt des matières et des gaz, léger ballonnement. Le toucher rectal montre, le 14 mars, la présence d'un abcès pelvien. Examen du sang : globules blancs 18.500, polynucéaires

82,5 %. L'incision transrectale vide l'abcès du Douglas, amène la disparition des signes d'occlusion et la guérison du malade.

Observations publiées

(résumées)

OBSERVATION N° 14

(M. BÉRARD, in BÉRARD et PATEL, *Revue de Gyn. et Chir. Abd.*, 1903)

Jeune garçon de 17 ans, opéré pour appendicite aiguë datant de quatre jours ; appendice rétrocaecal, ulcéré près de sa base et qui a encore un calcul stercoral engagé dans l'orifice de la perforation. L'appendice baigne dans un liquide séro-purulent, fétide, sans adhérences protectrices du grand péritoine, anses intestinales livides et dépolies. Appendicectomie, large drainage à la gaze, sans suture de la paroi. Les premiers jours, les phénomènes généraux rétrocedent.

Au bout de six jours, la température remonte à 38°9 ; ballonnement abdominal, langue sèche, peau terreuse, vives douleurs dans le bassin avec épreintes rectales ; le toucher révèle un abcès du cul-de-sac de Douglas, qui est incisé par le rectum dix jours après la première intervention. Un gros drain est introduit par le rectum dans la cavité de l'abcès pelvien ; il ne sera retiré qu'au bout d'un mois.

Un mois et demi après l'appendicectomie, le malade quitte l'hôpital guéri.

OBSERVATION N° 15

(TURNER, *The Practitioner*, 1906, p. 208)

Un garçon de 10 ans est opéré douze heures après la perforation de l'appendice et quarante-huit heures après le premier symptôme de maladie abdominale. L'appendice pelvien était gangrené et perforé, et baignait dans du liquide purulent. Ce liquide est épongé ; l'auteur fait pénétrer soigneusement la gaze et le drain dans le pelvis. Néanmoins, on discute la possibilité de formation d'un abcès pelvien ou d'une obstruction intestinale.

Exactement une semaine après l'opération, une occlusion aiguë oblige l'auteur à réouvrir l'abdomen ; plusieurs anses intestinales étaient devenues adhérentes dans le pelvis ; bonnes suites opératoires, mais onze jours après, l'état s'aggrave à nouveau. La température est à 37°7, le pouls à 110, le malade se plaint de coliques. On sent au-dessous de l'incision médiane guérie, une masse arrondie, douloureuse, au-dessus de laquelle l'intestin se contracte. On ne peut atteindre cette masse par le rectum. Durant les 4 jours suivants, l'abcès s'élève graduellement vers le rectum où il finit par s'ouvrir spontanément. Tous les symptômes s'améliorent immédiatement.

OBSERVATION N° 16

(TURNER, *The Practitioner*, 1906, in SOUPAULT et SEILLÉ,

L'appendicite pelvienne, *Rev. de Chir.*, 1930, p. 97)

Un jeune homme de 27 ans est opéré à la fin du troisième jour, d'une appendicite aiguë latérocœcale externe, s'accompagnant d'un épanchement dans l'abdomen d'une grande quantité de sérosités ; appendicectomie, mèches.

Les suites opératoires, après n'avoir pas été très satisfaisantes, se compliquent le douzième jour, de douleurs abdominales et d'arrêt des matières et des gaz. La région lombaire et la fosse iliaque restent absolument normales. Le toucher rectal révèle une collection fluctuante et sensible du petit bassin.

Au quatorzième jour, rectotomie; il s'écoule une pinte et demie de pus.

OBSERVATION N° 17

(Tirée de LOCKWOOD, *Appendicitis*, Londres, 1906, p. 323)

Femme de 28 ans, opérée le 15 février pour appendicite datant de quatre jours. A l'intervention, échappement de pus fétide et de gaz, on découvre de multiples abcès et un appendice fortement enflammé adhérent par son extrémité au cœcum et présentant une perforation à un pouce de son origine, par où s'échappe une concrétion.

L'auteur inspecte le Douglas, mais ne trouve rien; on place deux gros drains, un sous le cœcum, un devant le côlon; le 28, la température est remontée à 39°4, le pouls est à 120; abdomen sensible et résistant à sa partie inférieure. Au toucher vaginal, on trouve un point très sensible dans le cul-de-sac postérieur gauche, on sent une collection tendue liquide, dans le Douglas. La colpotomie postérieure donne issue à une pinte de pus très fétide; guérison en deux mois.

« L'auteur se demande si l'abcès pelvien n'aurait pas été causé par l'exploration digitale qu'il fit au cours de l'intervention, mais pense plutôt qu'il a été amorcé avant l'opération, par l'extension de l'infection causée par la perforation appendiculaire, malgré que l'appendice ne pendait pas dans le pelvis. »

OBSERVATION N° 18

(Docteur CHIFOLIAU, *Prog. Méd.*, 1911, p. 19)

Mlle B..., 13 ans, appendicite aiguë datant de cinq jours, l'appendice descendant, gros, caché sous les fausses membranes, est attiré péniblement ; il est perforé à sa base et baigne dans une nappe de pus fétide. Les tentatives aboutissent à la déchirure complète. Le moignon sphacélé est lié en même temps que le méso et brûlé au thermocautère. On place deux grands drains entourés de mèches, la plaie restant largement ouverte. La température reste plusieurs jours élevée à 39° et le pouls à 120.

Le 2 août, ablation d'un drain ; le 3 août, ablation des mèches ; le ventre est moins ballonné, la température est tombée à 37°2, le pouls à 72 ; il y a eu une selle ; mais le 15 août, la température remonte à 38°5, les signes d'occlusion intestinale s'installent et le toucher rectal permet de sentir très haut une induration douloureuse. Le 16, l'incision transrectale donne issue à un verre de pus fétide : mise en place d'un drain qui est expulsé au bout de quarante-huit heures.

La malade sort guérie le 12 septembre.

OBSERVATION N° 19

(Due aux Docteurs REYNIER et CHIFOLIAU, tirée de la thèse de JAY Y RUIZ)

Ch... Marc entre à Lariboisière le 3 août 1913 pour douleurs abdominales ayant débuté huit jours auparavant. L'opération d'urgence montre une péritonite généralisée avec pus abondant, appendice perforé. Appendicectomie ; on laisse des drains et des mèches. La tempé-

rature tombe immédiatement, mais quatre ou cinq jours après, l'état général s'altère à nouveau, et des douleurs abdominales apparaissent, en même temps que de la constipation, de la dysurie.

Dix jours après l'intervention, le docteur CHIFFOLIAU sentait une collection bombant dans le rectum ; il intervient aussitôt, la rectotomie donne issue à une grande quantité de pus jaunâtre et fétide ; on place dans la plaie rectale un drain et deux mèches ; guérison le 8 septembre.

OBSERVATION N° 20

(Docteur JAY, *Thèse* de Paris, 1921)

Mlle P... Maria, 20 ans, dentiste, entre le 7 mai 1914 à Lariboisière, dans le service du docteur BOURNIER, pour appendicite aiguë datant de la nuit du 4 au 5 mai. Température 39°2, pouls à 120. L'intervention d'urgence montre une péritonite généralisée avec fausses membranes, un appendice rouge, descendant vers le bassin ; à son extrémité existe une perforation avec un calcul stercoral.

Appendicectomie ; on laisse deux drains et deux mèches ; les suites opératoires sont normales ; cependant, la température reste aux environs de 38°. Le 11 mai, elle remonte à 39° ; dans la nuit du 15 au 16, le neuvième jour après l'intervention, l'évacuation spontanée d'une grande quantité de pus fétide par l'anus amène la cessation des phénomènes généraux.

La malade sort guérie le 7 juin.

OBSERVATION N° 21

(Professeur Pierre DUVAL, in *Thèse* de JAY, Paris, 1921)

Au dixième jour d'une crise appendiculaire, un jeune homme est incisé d'un abcès de la fosse iliaque, contenant un demi-litre de pus ; appendicetomie, drainage, amélioration.

Onze jours après cette intervention, la température remonte, et l'on sent au toucher rectal une masse dans le Douglas. La plaie opératoire n'étant pas fermée, le Professeur Duval introduit un doigt par celle-ci et arrive de la sorte à évacuer du pus en grande quantité. Suites parfaites.

OBSERVATION N° 22

(Due au Dr PLAISANT, tirée de la thèse de JAY y RUIZ.)

D... Jeanne, 13 ans, est opérée pour appendicite aiguë datant de trois jours ; on trouve une péritonite généralisée. Appendicectomie, on place un drain dans la région appendiculaire et un autre dans le Douglas par la voie médiane ; les suites opératoires sont satisfaisantes, mais douze jours après, la température remonte et le toucher rectal montre un abcès pelvien, qu'on ouvre par le rectum et que l'on draine. Guérison.

OBSERVATION N° 23

(Docteur Ed. SIERRO, de Genève, *Lyon Chir.*, t. 25, 1928.

« Le drain dans les péritonites aiguës. Etude de 286 cas de péritonites opérées à la clinique chirurgicale de Genève. »)

D..., 55 ans, présente une appendicite datant d'une

semaine ; température 38°5, pouls 94 ; l'intervention montre un appendice perforé avec péritonite généralisée ; appendicectomie, on laisse deux drains chemisés dans le petit bassin. Vu le bon état du malade, on supprime le drainage le seizième jour. Le toucher rectal ce jour-là ne montre pas d'abcès du Douglas.

En cinq jours, la température monte progressivement à 39°5, un abcès du Douglas se collecte, que l'on incise au Tripiér. Les phénomènes généraux s'amendent aussitôt, mais trois jours après, le drain simple tombe et la température remonte à 40°. On remet un drain en T qui amène la guérison.

OBSERVATION N° 24

(De M. le Professeur BEGOUIN, tirée de VIGNES, *Thèse*, Bordeaux, 1932)

D... Pierre, 22 ans, appendicite de quatre jours ; à l'ouverture du péritoine, on trouve un pus fétide baignant toute la cavité, que l'on recueille par aspiration électrique. L'appendice perforé est enlevé, on place dans le Douglas, par la partie inférieure de la plaie, un drain n° 10, deux mèches sont également placées autour du foyer opératoire, deux fils de bronze totaux ferment la moitié inférieure de l'incision ; on laisse une vessie de glace sur l'abdomen. Bonnes suites opératoires.

Le drain est enlevé le troisième jour et les mèches le sixième.

Le douzième jour, la température remonte autour de 38°, le faciès est altéré et l'abdomen légèrement ballonné. Le toucher rectal fait percevoir une masse du volume du poing. Le vingtième jour après l'intervention, l'état est stationnaire ; au toucher, la masse a augmenté ; elle bombe dans le rectum et a le volume de deux poings,

mais offre la consistance de l'empâtement plutôt que de la fluctuation. Une rectite glaireuse avec ténesme et diarrhée s'est installée.

La ponction exploratrice du Douglas par le rectum est pratiquée un mois après l'appendicetomie. Elle décèle la présence de pus. La rectotomie au bistouri pratiquée aussitôt permet l'évacuation d'un abcès volumineux et amène la guérison.

OBSERVATION N° 25

(Du Professeur ROCHER, de Bordeaux, tirée de VIGNES)

G... Jean, 10 ans, entre à l'Hôpital des Enfants le 10 juillet pour crise appendiculaire ; à l'intervention pratiquée le 12 juillet, on trouve un appendice en position basse, adhérent par sa pointe avec l'infiltration du méso qui paraît épaissi et enflammé. Fermeture après appendicectomie en laissant une compresse pour drainer. Les suites opératoires ne sont pas brillantes.

Le 18, l'enfant très amaigri, les yeux caves, cernés, les lèvres pâles, la langue sale, les extrémités froides, est rendu à sa famille sur sa demande. Le 20 juillet, le toucher rectal décèle un abcès collecté dans le Douglas. La plaie opératoire n'étant que partiellement cicatrisée, une pince introduite prudemment à sa partie inférieure, provoque l'irruption au dehors d'un flot de pus fétide. La suppuration persiste un huitaine de jours, puis on assiste à la guérison progressive.

OBSERVATION N° 26

(Due au Docteur LAFARGUE, de Bordeaux, tirée de VIGNES)

Femme de 32 ans, opérée au cinquième jour d'une appendicite aiguë ; à l'examen, elle présente le tableau clinique de la péritonite généralisée. A l'opération, on

constate le sphacèle de l'appendice, l'absence d'adhérences, le pus répandu dans tout le ventre ; on laisse un drainage par mèches et drains de caoutchouc dans la fosse iliaque droite.

Dès le lendemain de l'opération, la température baisse pour atteindre la normale où elle reste jusqu'au huitième jour ; à partir de ce moment-là, elle remonte progressivement pour atteindre et dépasser 39°, tandis que la malade accuse des douleurs dans le bas-ventre avec des épreintes vésicales et rectales.

Au début, le toucher indique de la sensibilité du Douglas, sans masse liquide perceptible. Ce n'est que le quatrième jour après la reprise de la température que l'on identifie une collection liquide, bombant vers le rectum où elle s'ouvre spontanément cinq jours après. Guérison.

OBSERVATION N° 27

(De M. le Professeur PAPIN, de Bordeaux, tirée de VIGNES)

Mme V..., 23 ans, est opérée le 21 octobre 1932 pour une crise d'appendicite datant de trois jours ; l'appendice rétrocaecal perforé est enlevé, on laisse une mèche et des drains, car, à l'ouverture du péritoine, il s'était écoulé du pus. Les suites opératoires sont normales pendant six jours, puis la température monte régulièrement pour atteindre 39°5 le onzième jour.

A ce moment, la collection du Douglas s'ouvre spontanément par le vagin et la température retombe à la normale. Mais quatre jours plus tard, elle remonte à 38°. Le pus ne s'écoule plus, on agrandit alors l'orifice du cul-de-sac postérieur et on place un drain dans la cavité de l'abcès, qui amène l'écoulement régulier de la collection et une rapide guérison.

OBSERVATION N° 28

(Professeur JEANNENEY, Communication à la Société de Chirurgie de Bordeaux, et du S. O., in *Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bord.*, année LIV, n° 31, 30 juillet 1933.)

Jean Br..., 14 ans, est opéré le 15 janvier 1933 pour une crise d'appendicite datant de quarante-huit heures ; on trouve un appendice rétrocœcal, très augmenté de volume, gangrené à la pointe, qui baigne dans un petit foyer purulent ; appendicectomie sans enfouissement, drainage de la fosse iliaque droite, avec un drain enveloppé d'une mèche, fermeture en trois plans en ménageant largement l'orifice du drain méché. Suites opératoires normales jusqu'au sixième jour. Ablation du drain le cinquième jour ; le lendemain, douleur sourde dans la fosse iliaque gauche en même temps que surviennent quelques épreintes, avec émission de glaires et sensations de pesanteur au périnée. Le neuvième jour, émission abondante de pus par l'anus, soulagement immédiat ; l'amélioration dure quatre jours, puis la fièvre, les douleurs, le ténesme, les glaires, etc., reprennent progressivement ; au toucher rectal, on sent une masse qui bombe dans le Douglas.

Nous voilà au quinzième jour après la première intervention. On se décide à ponctionner le rectum au trocart ; cette ponction amène l'issue d'une quantité abondante de pus ; on incise alors sur le trocart la paroi rectale, et il s'écoule près de 800 à 900 grammes d'un pus très fétide.

Le lendemain, on assista à une grosse amélioration, mais les jours suivants, la température reprend progressivement, jusqu'à 39° ; un nouveau toucher rectal montre qu'il persiste encore une masse qui fait saillie dans le Douglas. On s'apprêtait à réintervenir par le rectum quand, dans la nuit, une émission considérable de pus

se fait spontanément, suivie d'amélioration et d'une guérison définitive.

Le jeune malade quitte la maison de santé le 9 mars 1933.

OBSERVATION N° 29

(Professeur JEANNENEY, Société de Chir. de Bord., in *Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, année LIV, n° 31, 30 juillet 1933.)

Fernand Gil..., 12 ans, convalescent de rougeole grave, entre d'urgence à la maison de santé le 20 janvier, pour appendicite aiguë datant de la veille. A l'intervention, appendice gangrené en position iliaque basse ; autour de l'extrémité, on trouve un peu de pus. Appendicectomie avec enfouissement, aspiration électrique du pus ; mise en place au niveau du foyer appendiculaire de deux gros drains méchés.

Suites opératoires. — Le cinquième jour après l'intervention, foyer de congestion pulmonaire qui va durer six jours.

Trois jours après l'ablation des drains, la température remonte peu à peu pour atteindre 39°, en même temps que surviennent du ténesme, des douleurs, de la pesanteur rectale, des glaires. On assiste à la formation d'un abcès de la fosse iliaque gauche qui fait saillie de plus en plus dans le rectum et qui se présente comme un abcès abdomino-pelvien à prédominance abdominale. Quinze jours après l'appendicetomie, on incise l'abcès par le rectum ; cette intervention donne issue à un demi-litre de pus très fétide, avec des gaz abondants.

L'enfant sort guéri le 28 février.

CONCLUSIONS

1° Une complication possible après l'appendicectomie est l'apparition tardive d'un abcès pelvien.

2° Cet abcès pelvien tardif détermine des accidents généraux et locaux parfois très graves.

3° Dans les suites d'une appendicectomie à chaud, un peu laborieuse, on ne pense peut-être pas assez à cet accident de l'abcès pelvien post opératoire.

4° Il faut toujours songer à cette complication quand, après une rémission de quelques jours, l'opéré, qui paraissait en voie de guérison, présente à nouveau de la fièvre, des douleurs, du ballonnement abdominal, une sub-occlusion ou un vomissement, de la dysurie.

5° Un certain nombre de cas d'occlusions post-opératoires de l'appendicite aiguë, sont dus à un abcès du Douglas.

6° Des signes cliniques locaux, et surtout le toucher rectal, permettent d'établir le diagnostic.

7° La meilleure prophylaxie de cet abcès consiste à intervenir précocement, et à drainer le Douglas quand on s'est trouvé en présence d'une appendicite grave.

8° Le traitement par l'incision trans-rectale est aisé et sans danger. Il détermine promptement une grosse amélioration, et le plus souvent une rapide guérison.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PROUST.

Vu et permis de l'Académie :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — A propos du Mikulicz. *Bull. de Chir. de Paris*, 13 juin 1926.
- ANGERER. — Abscès tardif de l'appendicite. *Zentralblatt für Chirurgie*, Leipzig, an. LIX, N° 6, 6 fév. 1932.
- BOSCH ARANA. — Synchronisation chirurgicale de l'abcès et des péritonites localisées appendiculaires. *La Semana Medica*, Buenos-Ayres, an. XL, N° 26, 29 juin 1933.
- BÉRARD et PATEL. — Traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire, en particulier par l'incision rectale. *Revue Gynéc.*, octobre 1903, p. 878.
- BROCA. — Abscès appendiculaire pelvien. *Bul. Soc. Chir.*, 15 mai 1907. (Voir dans le même bulletin, 1907 : Chaput, Guinard, Le Dentu, Picqué, A. Poncet, Reynier, Routier, Sieur, Walter, Toubert.)
- BEGOUIN. — A propos du Mikulicz. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Bordeaux*, 14 octobre 1927.
- BENETON. — Contribution à l'étude des app. pelv. supp. *Thèse*, Paris, 1921.
- BOSS W. — Ouv. dan la vess. de supp. d'orig. append. *Zeitschrift für Urologisché Chirurgie*, 1926, Tome XX, p. 215 à 221.
- BÉRARD. — « L'appendicite ».
- CADENAT et PATEL. — Le drain, en chir. Rapport au Cong. de chir. de Paris, 1927.
- CAIRE. — Occl. Intest. ap. interv. pr. append. aiguë. *Sté de Chirurgie de Marseille*, mai 1932.
- DRUECK. — L'abc. pelv. chez l'homme. *Médical Journ. and. Record*, New-York). Vol. LXXXI, N° 7, 7 oct. 1931.

- DESJACQUES et CARAJOD. — Abc. pelv. au cours d'une cholécystite aiguë, *Lyon Médical*, année LXV, n° 49, 3 déc. 1933.
- DUVAL. — Discussion sur l'appendicite, *Société de Chir. de Paris*, 1931.
- ETIENNE, LAPEYRIE et P. ARNAL. — Abc. pelv. méd. d'or. append. simul. une tumeur kystique annex. *Sté des Sc. Méd. et Biol. de Montpel.*, mars 1933.
- FAURE Jean-Louis. — Le drain. de l'app. à chaud. *Press. Méd.* 7-10-1925.
- GIRARD. — Trait. de l'abc. Ilio-pelv. d'or. append., *Thèse de Paris*, 1922.
- GUINARD A. — Les abcès pelv. d'or. append. *Revue génér. de Clinique et de Thér. de Paris*, 1910, p. 449.
- GODARD et PALIOS. — L'occl. inst. dans l'app. *Archives franco-belges de Chirurg.*, Année XXXIII, N° 3, mars 1932.
- HUET Pierre. — A propos des occl. post-opér. de l'app. aiguë. *Séance de la Sté de Chir. de Paris*, du 13 déc. 1933.
- JEANNENEY et MAGNANT. — Abc. résid. pelv. compliq. l'append. *Gaz. Hebd. des Scienc. Méd. de Bord.*, année LIV, n° 30-31, 23 et 30-7-33.
- *Sté de Chir. de Bordeaux*, 29, avril 1934.
- JABOULAY. — Incis. rect. *Lyon Médic.*, 24 mai 1898, p. 143.
- JAY. — L'ab. pelv. au cours de l'app. aiguë. *Thèse de Paris*, 1921.
- LEFEVRE et LAPORTE. — Abc. pelvien ouv. dans l'int. grêle. *Gaz. Heb. des Sciences Méd. de Bordeaux*, année LV, n° 21, 27 mai 1934.
- *Journal de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, année CXI, n° 15, 30 mai 1934.
- LARDENNOIS H. — Le drain. dans la chir. abdom. *Union Méd. du N.-E.* n° 2. fév. 1928.
- Ilio-psoïte et append. 20^e Congrès de Chir., 1907. *Chir.*, 1907.

- LATREILLE. — L'occl. int. d'origine append. *Le Dauphiné Méd.* Grenoble, année LI, N° 10. Octobre 1931.
- LECENE et LERICHE. — *Thérap. Chir.* Tome 3.
- MONDOR. — *Diag. urg.* (abdom.).
- MAKSUD. — *Du drain. dans les app. suppur.* Thèse de Paris 1929.
- OMBREDANNE. — Fermet. sans drain. des app. à ch. et des périton. append. *Bullet. Sté Chir.* 23 juin 1920.
- REYNIER. — Instr. pr. l'ouv. des abc. append. pelv. par le rect. *Bull. Soc. Chir.* 10 janvier 1906.
- RICHARD. — Vingt-quatre obs. de périton. append. *Bull. Sté Chir.* 21 octobre 1930.
- P. SANTOS. — Ethiol. des qqs. abs. péri-recto. *Boletim do Collegio Brasileiro de Cirurgioes* (Rio de J.). Vol. III, N° 1 et 4. Avril - juillet 1932.
- SIERRO. — *Le drain. dans les Périt. aiguës : 286 cas* Lyon Ch. Mars - avril 1928.
- SOUPAULT et SEILLÉ. — L'app. pelv. *Rev. de chirur. de Paris* 1930, page 177.
- TURNER. — *The Practitioner* 1908 : abc. pelv. ap. appendic.
- TORCHIANA. — L'app. pelv. *Il Policlinico Sezione Pratica* (Rome an. XLI, N° 13. 2 avril 1934).
- VIGNES. — *Les abc. post. opér. du cul-de-sac de Douglas ap. app. opér. à ch.* Thèse de Bordeaux 1932.
- VUILLEMOT. — (Rapp. Goinard). — App. aig. et abc. enk. dans un sac épipl. *Sté de Chirurg. d'Alger.* 10 mars 1932.

TABLE DES MATIERES

Préface	9
Historique	11
Etiologie	15
Anatomie pathologique	17
Description clinique	19
Evolution et complications	25
Diagnostic	29
Traitement préventif	31
Traitement curatif	39
Observations	43
Conclusions	65
Bibliographie	67

